



## FORMULARIO DE EXENCIÓN DE EXAMEN DENTAL

**Agradecemos usar letra de molde**

Nombre del estudiante:	Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento: (mes/día/año) / /
Dirección:	Calle	Ciudad	Código postal	
Nombre de la escuela:			Código postal	Nivel de grado:
Padre, madre o tutor:	Apellido	Nombre		
De las siguientes categorías raciales, elija la que refleje con mayor claridad el reconocimiento de la comunidad del estudiante o con el que el estudiante se identifique en mayor medida.				
<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o afroestadounidense <input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> Asiática				
<input type="checkbox"/> Amerindia o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái o isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Mestiza				

**Se me imposibilita realizar el examen dental obligatorio porque:**

- Mi hijo está inscrito en el programa de comedor escolar gratuito y a precios reducidos, y no cuenta con cobertura médica dental de tipo público ni privado (Medicaid/All Kids).
- Mi hijo está inscrito en el programa de comedor escolar gratuito y a precios reducidos y no puede optar por el seguro público (Medicaid/All Kids).
- Mi hijo está inscrito en Medicaid/All Kids, pero no podemos ubicar a ningún dentista o ninguna clínica dental en nuestra comunidad que sea capaz de atender a mi hijo y aceptar Medicaid/All Kids.
- Mi hijo no tiene ningún tipo de seguro dental, y no existen clínicas dentales de interés popular en nuestra comunidad que atiendan a mi hijo.

Firma del padre, la madre o el tutor

Fecha: \_

Departamento de Salud Pública de Illinois, División de Salud Bucal  
217-785-4899 • TTY (para uso exclusivo de impedidos de la audición) 800-547-0466  
• [www.dph.illinois.gov](http://www.dph.illinois.gov)

